

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT LÁCH, THÂN ĐUÔI TỤY ĐIỀU TRỊ APXE LÁCH THÂN ĐUÔI TỤY DO VI KHUẨN WHITMORE (BỆNH MELIOIDOSIS)

Thái Nguyên Hưng¹, Phan Văn Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu (NC): 1. Mô tả ca lâm sàng, các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng trường hợp bệnh Whitmore (Bệnh Melioidosis) biểu hiện apxe lách thân, đuôi tụy. 2. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt lách, thân đuôi tụy. **Đôi tượng và phương pháp NC:** Mô tả ca bệnh hồi cứu. **Kết quả NC:** BN nam, 45T. Địa chỉ: Kỳ Phong, Kỳ Anh, Hà Tĩnh. Nghề nghiệp: Nông dân. Nhập viện với chẩn đoán U lympho biểu hiện ở lách. Triệu chứng lâm sàng: Sốt, đau DST 10 ngày trước vào viện. Khám Lâm sàng khi vào viện: Sốt giảm, không rõ đau bụng, bụng chướng nhẹ, mềm, sờ không rõ lách to (độ 1), gan không to, có tuần hoàn bàng hệ (THBH). XN: Bc = 21.110 G/L (Neu: 95,1%, Lympho 2,2%). + XN sinh hóa: Creatinin 6,3 Mmol/l. Albumin 33 g/l, GOT 17 U/l, GPT 32,4 U/l. + Siêu âm: Vài nang lách, nang lớn nhất 16mm. + CLVT (128 dãy): Hình ảnh khối ngấm thuốc kém nhu mô lách kèm thâm nhiễm vùng hố lách chưa loại trừ Lymphoma (Khối lớn nhất 24mm), không có dịch ổ bụng. + Sinh thiết kim: Mô lách viêm hoại tử. + Chẩn đoán trước mổ: Lymphoma TD biểu hiện lách. + Chẩn đoán sau mổ: Apxe lách, thân đuôi tụy. + Phương pháp mổ: PT nội soi cắt lách, thân đuôi tụy, làm sạch, dẫn lưu apxe. + Diễn biến sau mổ: Sốt 2 ngày sau mổ 38, 5-39 độ, rét run, DL ra mù trắng, đục. Sau 3-4 ngày BN trung tiện, hết sốt, DL còn ra dịch đục 20-30 ml/ngày. + Cây mù: có kết quả dương tính với trực khuẩn Whitmore sau 5 ngày nuôi cấy (Trực khuẩn Burkholderia pseudomalei). + Kết quả GPB lần 1: Tổn thương viêm hoại tử, hướng tới lao lách. + Kết quả GPB lần 2 (Hội chẩn): Tụy lách viêm hoại tử, apxe. - Thuốc kháng sinh đã dùng: Meronem 3g/ngày (1g/8h) - 14 ngày. BN ra viện sau 19 ngày: Tiếp tục dùng Augmentin 1g-3 viên/ngày trong 3 tháng. **Kết luận:** Trường hợp nhiễm trùng cấp tính do vi khuẩn Burkholderia Pseudomalei biểu hiện lâm sàng apxe hoại tử lách thân đuôi tụy ở bệnh nhân nam 45 tuổi, là nông dân, đến từ vùng có yếu tố dịch tễ (Hà Tĩnh, Bắc Trung bộ). Biểu hiện lâm sàng nhiễm trùng rõ nhưng không đặc hiệu với sốt cao kéo dài, bạch cầu tăng cao, ổ hoại tử apxe lách thân, đuôi tụy. Cây mù dương tính với Burkholderia Pseudomalei. Phẫu thuật nội soi cắt lách, thân đuôi tụy cả khối, làm sạch, dẫn lưu apxe. Kết quả PT tốt, diễn biến lâm sàng ổn định. GPB là ổ tụy lách viêm hoại tử, apxe.

¹Bệnh viện K

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

SUMMARY

THE RESULT OF LEFT LAPAROSCOPIC PANCREATOSPLENECTOMY IN SURGICAL MANAGEMENT PANCREATOSPLEENIC ABSCESS DUE TO BURKHOLDERIA PSEUDOMALEI INFECTION (MELIOIDOSIS DISEASE)

Study aim: 1. Case report of the clinic and paraclinic manifestations of left pancreatocystic abscess due to Burkholderia pseudomalei contamination. 2. Result of laparoscopic left pancreatocystectomy with lavage and drainage of left pancreatocystic abscess. **Patient and method:** Retrospective study (case report). **Result:** + Male, farmer, age of 45 year old, address Kỳ Phong commune, Kỳ Anh District, Hà Tĩnh Province. + Admission in K hospital due to fever and abdominal pain. + Examination revealed no specific symptoms excepted infection and raise of white cell (21.100 G/L). + Abdominal ultrasound revealed some small splenic cyst (16mm in diameter). + Abdominal CTScan detected some small splenic tumors (24 mm in diameter) with out intra abdominal fluid. + Pre operative biopsy (ultrasound guided): Necroses of splenic parenchyma. The preoperative diagnosis was lymphomalin with splenic manifestation and laparoscopic spleenectomy would be planned to perform. Peroperation we found one pancreatocystic abscess about 5-3 cm in diameter with pus (the lesions concentrated in the body, tail of pancreas and rate). Pus was sent for culture and left laparoscopic pancreatocystectomy with lavage and drainage was performed. Patient had fever the 2 nd day and third day post operation with 38,5^o degree. The result of pus cultured positive with bacteria Burkholderia Pseudomalei on the 5nd day post operation. The antibiotic therapy was Meronem 1g/each 8h during 14 days. Anastomopathological result: Pancreatocystic necroses and abscess. The patient discharged on the 19nd day post operation. and had oral antibiotic drug therapy (Amoxiciline-Clavunilic during 3 months post hospitalization). **Conclusion:** We concluded that we should think over the melioidosis diseases that had organ manifestations in infectious patient who come from epidemiologic area. Lavage and drainage the pancreatocystic abscess should be performed early laparoscopically or ultrasound guided drainage combined with IV antibiotic therapy 10-14 days by antibiotic map or by Imipenem (93,2% susceptibility, Meronem 96,3%, ceftazidime 93,3%, Amoxicilin-a. Clavunilic 88,4%, TMP-SMX 82,2%)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Whitmore (còn gọi là bệnh Melioidosis)

là bệnh truyền nhiễm cấp tính do vi khuẩn *Burkholderia pseudomallei* gây ra. Whitmore có bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, tiến triển nhanh có thể gây tử vong (TV) nhanh với tỷ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán đúng và điều trị phù hợp. Vừa qua khoa Ngoại bụng 2, Bệnh viện K đã phẫu thuật thành công một trường hợp apxe lách, thân đuôi tụy do trực khuẩn Whitmore. Đây là trường hợp biểu hiện apxe trong nội tạng hiếm gặp (một dạng nhiễm trùng máu biểu hiện apxe lách, thân đuôi tụy) bởi vậy chúng tôi mô tả trường hợp này với mục đích báo cáo lâm sàng:

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng của trường hợp hoại tử, apxe lách, thân, đuôi tụy do vi khuẩn *Burkholderia Pseudomallei* (vi khuẩn gram âm Whitmore).

2. Kết quả điều trị phẫu thuật và diễn biến, theo dõi sau mổ, điểm lại Y văn đặc điểm dịch tễ học của *Burkholderia Pseudomallei*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả trường hợp lâm sàng (hồi cứu).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

- Bệnh án nghiên cứu:

+ Bệnh nhân (BN) Nguyễn Văn T, Sinh năm 1978.

+ Quê quán: Thôn Đông Thịnh, Xã Kỳ Phong, Huyện Kỳ Anh, Hà Tĩnh.

+ Ngày vào viện 30/12/2022. Mổ 1/2/2023.

Ra viện 20/2/2023

+ Nghề: Nông dân

+ Tiền sử (TS): Không có gì đặc biệt.

+ Lý do vào viện: Đau bụng, sốt.

- Bệnh sử: Cách vào viện 10 ngày BN xuất hiện đau bụng thượng vị và dưới sườn trái (DST), sốt 38,5-39 độ (Sốt kéo dài 7-10 ngày). Không được phát hiện và điều trị gì. Sốt đau tăng lên BN đến viện K khám được chẩn đoán U lympho có biểu hiện ở lách.

- Khám: M: 82 l/ph; HA 120/80 mmhg, Nhiệt độ: 36,2 độ, Da, niêm mạc không có vết xước hay loét, apxe ngoài da. Cân nặng: 60 kg.

+ Bụng: Mềm, xẹp, đau DST, không có phản ứng, không sờ rõ U hay Mass thượng vị hay DST.

+ Gan không sờ thấy, lách không sờ rõ, có tuần hoàn bàng hệ, không có cổ chướng.

- Xét nghiệm (XN):

+ XN máu: Hồng cầu: 4,07 G/L. Hemoglobin: 10,6g/L. Hematocrite: 0,32L/L. Bạch cầu (BC): 21.100 G/L (Neu: 95,1%, Lympho 2,2%), Tiểu cầu: 231G/L).

+ XN sinh hóa: Creatinin 6,3 Mmol/l. Albumin 33 g/l, GOT 17 U/l, GPT 32,4 U/l.

- Siêu âm: Vài nang lách, nang lớn nhất 16mm.

- Chụp CLVT ổ bụng (128 dãy): Hình ảnh khối ngấm thuốc kém nhu mô lách kèm thâm nhiễm vùng hố lách chưa loại trừ Lymphoma (Khối lớn nhất 24mm), không có dịch ổ bụng.

- Sinh thiết kim: Mô lách viêm hoại tử

- Chẩn đoán trước mổ: Lymphoma TD biểu hiện lách.

- Chẩn đoán sau mổ: Hoại tử, apxe lách, thân đuôi tụy.

- Phương pháp mổ: Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt lách, thân đuôi tụy, làm sạch, dẫn lưu apxe (Cấy mủ)

+ Diễn biến sau mổ: Sốt 2 ngày sau mổ 38,5-39 độ, rét run, DL ra mủ trắng, đục.

Sau 3-4 ngày BN trung tiện, hết sốt, DL còn ra dịch đục 20-30 ml/ngày.

- Kết quả cấy mủ: Dương tính với vi khuẩn Whitmore sau 5 ngày nuôi cấy (Vi khuẩn *Burkholderia pseudomallei*).

- Kết quả GPB lần 1: Tổn thương viêm hoại tử, hướng tới lao lách.

- Kết quả GPB lần 2 (Hội chẩn): Tụy lách viêm hoại tử, apxe.

- Thuốc kháng sinh đã dùng: Meronem 3 g/ngày (1g/8h)-14 ngày.

BN ra viện sau 19 ngày. Tiếp tục dùng Augmentin 1g-3 viên/ngày trong 3 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Ca nhiễm bệnh Whitmore đầu tiên được phát hiện tại Burma, Myanmar năm 1911 bởi nhà khoa học người Anh Alfred Whitmore (Bởi vậy bệnh được gọi là Whitmore).

Số liệu công bố bởi tạp chí Nature (Disease Primers) [11] cho thấy hàng năm có khoảng 89.000 bệnh nhân (BN) tử vong. Đái tháo đường (ĐTĐ) là yếu tố nguy cơ chủ yếu của bệnh Melioidosis cũng như yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ TV của bệnh. Biểu hiện lâm sàng của bệnh đa dạng từ nhiễm khuẩn huyết cho tới các nhiễm trùng mạn tính và mức độ nhiễm trùng của bệnh phụ thuộc vào đường lây (qua da; đường hô hấp hay đường tiêu hóa). Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào lâm sàng, các đặc điểm dịch tễ học và cấy vi khuẩn. Điều trị chủ yếu là kháng sinh truyền tĩnh mạch 10-14 ngày sau đó dùng KS đường uống.

Ở nước ta, năm 1925 ca nhiễm Melioidosis được phát hiện ở viện Pasteur TP.HCM, sau đó ghi nhận tại Hà Nội, Huế các năm 1928, 1936. Việt Nam là nơi thứ 4 trên thế giới phát hiện bệnh Melioidosis sau Myanma (1911), Malaysia (1917), Singapore (1922).

+ Số liệu từ 1948-1954 có khoảng 100 lính Pháp nhiễm bệnh. Trong chiến tranh Việt Nam có 343 lính Mỹ mắc bệnh.

Ở Việt Nam sau ngày giải phóng đến nay chỉ có một số ít BV tại Hà Nội và TP.HCM công bố các ca nhiễm bệnh. Bởi vậy các bác sỹ lâm sàng và xét nghiệm thiếu thông tin và chưa đầy đủ quy trình xét nghiệm. Đây là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm chưa được biết đến nhiều.

+ Báo cáo khá sớm của Đoàn Mai Phương, Trịnh Thành Trung và cộng sự mô tả đặc điểm lâm sàng và dịch tễ học của bệnh Melioidosis từ T11/1997- đến tháng 12 /2005 của loạt ca bệnh ở các tỉnh phía Bắc Việt Nam nhiễm trùng máu là biểu hiện LS hay gặp và gây TV cao nhất. Tỷ lệ mắc bệnh và nhập viện cao nhất là vào mùa mưa. Đây cũng là đặc điểm chung của các vùng có dịch trên thế giới. Bệnh xuất hiện ở ít nhất 18 tỉnh phía Bắc. Hiện tại có 17 chủng Burkholderia Pseudomalei tuy nhiên NC không thấy xuất hiện 11/17 chủng này ở các tỉnh phía Bắc [3].

+ Báo cáo của Trần Đăng Khoa [2] từ 2009-2019, BV nhiệt đới TP.HCM (BVNĐ) ghi nhận có 150 BN Melioidosis với 63,4% ở vùng Đông Nam bộ, 28% có nghề nghiệp tiếp xúc với đất nước ẩm ướt; 52,8% mắc ĐTD; 18,7% nghiện rượu; 30,9% không có bệnh nền, 50,0% BN nhiễm trùng huyết (NTH) có tổn thương 1 cơ quan; Tổn thương phổi chiếm 54% kể đến là da và mô mềm chiếm 31,0%. Sốc nhiễm trùng chiếm 16,0%. Thể lâm sàng thường gặp nhất của NTH là tổn thương 01 cơ quan (50%). Tỷ lệ TV cao 87% trong bệnh cảnh sốc nhiễm trùng. Tỷ lệ TV chung là 23%. Các thuốc kháng sinh (KS) thường dùng là Imipenem, Ceftazidime và TMP-SMX (Trimethoprim-Sulfamethoxazole).

+ Báo cáo kết quả điều trị bệnh Melioidosis tại BV nhiệt đới TW từ 2016-2021 của Nguyễn Kim Thư, Lê Viết Nghĩa [4]: Có 79 BN, Nam 82% (65 BN), Nữ 18,0% (14 BN), Tuổi TB: 53,14 ± 13,14. Có 86% ở nông thôn. Thời gian điều trị TB là 26,72 ± 16,2 ngày (> 14 ngày chiếm 77,2%). Thời gian cắt sốt < 7 ngày chiếm 53,4%. Tỷ lệ TV là 11,4% (9 BN) trong đó 5 BN tử vong do sốc nhiễm khuẩn, 4 BN hôn mê sâu do apxe não đa ổ, phù não. Tỷ lệ TV trong nhóm sốc nhiễm khuẩn (14 BN) là 57,1% (8/14 BN).

Kết quả kháng sinh đồ của nhóm BN này cũng cho thấy tỷ lệ nhạy cảm của KS như sau: Imipenem 93,2%, Meronem 96,3%; Ceftazidime 93,3%; Amoxicilin+A. Clavulanic 88,4%, TMP-SMX 82,2%, Doxycyclin 100%; Tetracyclin 76,2%.

+ NC của Nguyễn Quang Huy và CS tại BV Bạch Mai và BV.103 cho thấy trong giai đoạn

2013-2017 tỷ lệ TV là 30,8%.

+ BN của chúng tôi là BN nam, 45 tuổi, làm nghề nông là công việc thường xuyên tiếp xúc với đất ẩm và nước. BN sống ở Hà Tĩnh là Tỉnh Bắc Trung bộ có các ca mắc bệnh trong thời gian gần đây.

BN này trước khi vào viện có đợt sốt cao 39⁰ kéo dài khoảng 10 ngày. Tuy nhiên khi đến khám chúng tôi không tìm thấy các biểu hiện ngoài da, nhiễm trùng hay apxe ở da, không thấy có biểu hiện viêm phổi. Tuy nhiên BN đau DST và khám bụng có tuần hoàn bàng hệ chứng tỏ có biểu hiện của tăng áp lực TMC. Xét nghiệm cho thấy BC tăng 21.100 G/L (Neu: 95,1%, Lympho 2,2%) tiềm ẩn dấu hiệu nhiễm trùng nặng.

Mặt khác kết quả chụp CLVT cho thấy các khối ngấm thuốc kém nhu mô lách kèm thâm nhiễm rốn lách.



Ảnh 1. Chụp CLVT, các khối hoại tử nhu mô lách



Ảnh 2. Ổ hoại tử, apxe nhu mô lách (đa ổ)

Kết quả sinh thiết cho thấy đây là tổ chức lách viêm hoại tử. Đối chiếu với kết quả phẫu thuật, vùng rốn lách, đuôi tụy và thân tụy là ổ apxe KT khoảng 5-3cm được thân, đuôi tụy, rốn lách đại tràng góc lách và mạc nối lớn bọc lại bên trong ổ apxe nhiều mũ đục. Đây là trường hợp hoại tử, apxe lách, thân đuôi tụy bởi vậy có thể BN đã NK huyết. Cây máu (-), cấy mũ dương tính với Burkholderia pseudomalei ngày thứ 5 sau mổ.

Tổn thương trong mổ: Khối apxe dính nhiều, phẫu thuật nội soi (PTNS) khá khó khăn. Chúng tôi cắt lách, thân, đuôi tụy Anterograde thành 1 block, làm sạch, dẫn lưu ổ apxe.

Sau mổ BN sốt ngày thứ 2 và thứ 3 sau mổ 38,5⁰, DL hồ lách ra 30-50ml dịch đục/ngày.

Lượng dịch qua DL giảm dần. BN trung tiện ngày thứ 4 sau mổ, bụng xẹp. Cho ăn lại ngày thứ 4 sau mổ.

Chúng tôi chưa làm được KS đồ với trực khuẩn *Burkholderia Pseudomalei* bởi vậy chỉ định dùng Meronem 1g/mỗi 8 h trong 14 ngày.

BN này có kết quả PT và điều trị tốt, diễn biến sau mổ thuận lợi, được ra viện và tiếp tục theo dõi tại địa phương. Tiếp tục dùng KS. Augmentin 1g/8h trong vòng 3 tháng.

Kết quả GPB lần 1 là tổ chức viêm hoại tử hướng tới lao lách. Chúng tôi đã hội chẩn lại với các BS giải phẫu bệnh. Kết quả hội chẩn là tụy, lách viêm, hoại tử, apxe.

BN này khi ra viện được tiếp tục theo dõi và điều trị kháng sinh Augmentin uống. Sau 3 tuần BN xuất hiện sốt nhẹ khoảng 38^o trong 1-2 ngày, không đau bụng, ăn uống bình thường.

Như vậy, đây là trường hợp NT cấp tính do trực khuẩn *Burkholderia Pseudomalei* biểu hiện có khối hoại tử apxe lách, thân, đuôi tụy trên cơ sở nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết. Các NC cho thấy tỷ lệ cao nhất là NT huyết, viêm phổi, sau đó biểu hiện apxe cơ qua như gan, lách, tiền liệt tuyến. Chúng tôi nhận thấy đây là trường hợp vừa hoại tử, apxe lách, thân đuôi tụy khá hiếm gặp. NC của Trần Đăng Khoa cho thấy có hơn 50% các trường hợp NTH có biểu hiện tổn thương 1 cơ quan [2]. Tuy nhiên kết quả phẫu thuật đã cắt lách, thân đuôi tụy cả khối với ổ apxe, làm sạch, DL rộng, nên kết quả phẫu thuật tốt. Mặt khác các NC cũng cho thấy, tỷ lệ TV cao thường do BN có các yếu tố nguy cơ như ĐTĐ, nghiện rượu, có bệnh lý mạn tính hay dùng corticoid kéo dài.

Mặt khác chúng tôi cũng thấy rằng việc BN sốt kéo dài, đến từ vùng có yếu tố dịch tễ (Bắc Trung bộ) nên được cảnh báo và điều trị sớm hơn theo hướng NT do *B.Pseudomalei*. Việc không có KS đồ (chưa được trang bị và thiếu kinh nghiệm) cũng cần khắc phục sớm.

Nghiên cứu về đường lây, các tác giả đều thấy rằng nghề nông tiếp xúc nhiều với môi trường ẩm ướt, đặc biệt là mùa mưa có tỷ lệ nhiễm bệnh tăng cao [7]. Theo W.J.Wieringa và CS đường lây có thể qua 3 đường chủ yếu là qua da bị sây sát, rách da, qua hít vào đường hô hấp, qua ăn uống (đường tiêu hóa). Phơi nhiễm tăng cao trong mùa bão, ở những cánh đồng lúa. Biểu hiện LS có thể là nhiễm trùng cấp tính, mạn tính hay thể ẩn. Có tới 85% các trường hợp biểu hiện nhiễm trùng (NT) cấp tính với biểu hiện viêm phổi hay các khối apxe liên quan tới đường lây nhiễm. Các phản ứng cấp tính của cơ thể do giải

phóng cytokine (Interferon gama)

Các NT mạn tính nếu triệu chứng của bệnh kết thúc > 2 tháng chiếm 11,0% các trường hợp. Các thể ẩn theo NC tiền cứu của Úc là < 5%. Những BN này không có biểu hiện LS, cơ chế bệnh không được biết rõ và xuất hiện bệnh sau phơi nhiễm nhiều năm.

Tỷ lệ TV theo WJ Wiersinga vào khoảng 10-50%. Những trường hợp sống sót có tới 5-28% tái nhiễm trùng do các chủng đã nhiễm vẫn tồn tại trong cơ thể ở thể bất hoạt (dormant state) hoặc nhiễm dòng khác.

- Những đặc điểm dịch tễ học theo các nghiên cứu đã công bố [3,8,9]

+ Đặc điểm *B.pseudomalei* trong môi trường: VK có mặt trong đất và nước bề mặt ở Đông Nam Á và Bắc Australia tuy nhiên những báo cáo lẻ tẻ cho thấy *B.Pseudomalei* có thể gặp ở hầu hết các vùng nhiệt đới. VK thường có mặt trong đất dưới bề mặt khoảng 10cm. Vào mùa mưa, chúng có thể xuống sâu hơn.

+ *B.pseudomalei* có thể sống trong môi trường rất khắc nghiệt như nước cất, không chất dinh dưỡng >16 năm và các vùng sa mạc. Các vụ dịch lớn từ nước sử dụng bị ô nhiễm (unchlorinated water supplies xảy ra ở Bắc Úc, Tây Úc. *B.Pseudomalei* được tìm thấy trong nước sử dụng ở vùng nông thôn Thailand

+ Năm 1989, *B.Pseudomalei* được tìm thấy trong không khí.

+ Năm 2015, DNA của *B.pseudomalei* được tìm thấy trong bộ lọc khí.

+ Các báo cáo cũng cho thấy các ca sơ sinh nhiễm bệnh có thể do mẹ truyền bệnh qua rau thai, sữa mẹ. Tuy nhiên đây là bệnh không lây nhiễm và ít có khả năng truyền từ người sang người.

+ *Burkholderia malei* là những dòng VK gây nhiễm chủ yếu ở động vật đặc biệt là loài ngựa (mỗi chân có 1 gócc (Single hoof on each foot), lây bệnh từ động vật sang người với tỷ lệ thấp. Tuy nhiên đây là bệnh không lây nhiễm và ít có khả năng truyền từ người sang người.

- Tần suất mắc bệnh trên thế giới:

+ Các NC và thống kê cho thấy hàng năm có khoảng 165.000 ca mắc bệnh trên toàn TG trong đó 89.000 ca bệnh tử vong (51%) do không được chẩn đoán và không có cảnh báo trong đó 44% xảy ra tại Ấn Độ, Indonesia, Bangladesh (52.000; 20000; 16,900 ca bệnh) tuy nhiên chỉ có 1300 ca bệnh được báo cáo hàng năm (< 1%).

+ Chiếm tỷ lệ cao bệnh Melioidosis tại Bắc Australia, Bắc Thailand: 50 BN/100.000 dân.

+ Tỷ lệ chết của bệnh Melioidosis ước tính ngang bằng với các bệnh sởi, (95600 ca/năm),

bệnh *Leptospira* (50.000 ca/năm), sốt xuất huyết (12500 ca/năm).

+ Các lứa tuổi đều có thể mắc Melioidosis, tuổi TB là 50, có 5-10% bệnh nhân < 15 tuổi.

- Các yếu tố nguy cơ: Đái tháo đường (ĐTĐ) gặp trong > 50% BN mắc. Các yếu tố khác là giới Nam, người làm nghề phơi nhiễm với đất, nước; Người nghiện rượu, có bệnh gan, phổi thận mạn, bệnh Thalassemie, sử dụng corticoid và các thuốc giảm miễn dịch kéo dài. Tuy nhiên > 80% trẻ em và 20% người lớn mắc bệnh ko tìm thấy yếu tố nguy cơ [6] [8].

V. KẾT LUẬN

Trường hợp nhiễm trùng cấp tính do vi khuẩn *Burkholderia Pseudomalei* biểu hiện lâm sàng apxe hoại tử lách thân đuôi tụy ở bệnh nhân nam 45 tuổi, là nông dân, đến từ vùng có yếu tố dịch tễ (Hà Tĩnh, Bắc Trung bộ). Biểu hiện lâm sàng nhiễm trùng rõ nhưng không đặc hiệu với sốt cao kéo dài, bạch cầu tăng cao, ổ hoại tử apxe lách thân, đuôi tụy. Cây mủ dương tính với *Burkholderia Pseudomalei*. Phẫu thuật nội soi cắt lách, thân đuôi tụy cả khối, làm sạch, dẫn lưu apxe. Kết quả PT tốt, diễn biến lâm sàng ổn định. GPB là tụy lách viêm hoại tử, apxe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quang Huy:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và bước đầu đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do

Burkholderia Pseudomalei. Luận văn thạc sỹ Y học. Hà Nội 2017.

2. **Trần Đăng Khoa:** Melioidosis tại Bệnh viện Nhiệt Đới từ 2009 đến 2019. Y Học TP.Hồ Chí Minh, tập 25 (1), trang 142-147; 2021.
3. **Đoàn Mai Phương, Trịnh Thành Trung, Katrin Breibach, Nguyễn Quang Tuấn, Ultric Nubel, Gisela Flunker, Đinh Duy Khang, Nguyễn Xuân Quang, Ivo Steinmetz:** Clinical and microbiological features of Melioidosis in Northern Vietnam. Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2008.
4. **Nguyễn Kim Thư, Lê Việt Nghĩa:** Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm *Burkholderia Pseudomalei* tại Bệnh viện Nhiệt Đới Trung ương từ 2016-2021. Y học Vietnam số 2, tháng 6, trang 72-77; 2021.
5. **Chen.P.S et al.** Air bone transmission of melioidosis to humans from environmental aerosols contaminated with *B.Pseudomalei*. PLoS. Negl.Tro.Dis.9.e0003834,2015.
6. **Currie B.J et al.** Melioidosis epidemiology and risk factors from a prospective whole population study in Northern Australia. Tro.Med.Int.Health 9.1167-1174,2004
7. **Limmathurotsakul. D et al.** Systematic review and consensus guidelines for environmental sampling of *Burkholderia Pseudomalei*. PLoS.Negl.Trop,Dis.7.e2105,2013.
8. **Limmathurotsakul.D et al.** Increasing incidence of human melioidosis in Northeast Thailand.Am.J.Trop.Med.Hyg.32,1113-1117,2010
9. **Pumpuang.A et al.** Survival of *Burkholderia Pseudomamei* in distilled water for 16 years. Trans.R.Soc.Tro.Med.Hug.105,598-600,2011.
10. **Rolim, DB et al.** Melioidosis, Northeastern Brazil. Emerg. Infect. Dis.17,1296-1298 (2011).

MỨC ĐỘ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH, NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Trần Thị Lý¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chất lượng dịch vụ y tế tác động đến sự hài lòng của người bệnh và ngược lại sự hài lòng của NB có thể đánh giá được hiệu quả của dịch vụ do bệnh viện và Ngành y tế cung cấp. **Mục tiêu:** Mô tả mức độ hài lòng của người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung năm 2017. **Phương pháp:** Điều tra cắt ngang, nghiên cứu định lượng. **Kết quả:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về mức độ hài lòng giữa các nhóm đối tượng NB khác nhau: Tỷ lệ hài lòng của NB chỉ đến khám rồi về (39,5%); Tỷ lệ hài lòng của NB điều trị nội trú

(52,1%); Tỷ lệ hài lòng của NB điều trị ngoại trú (19,6%); Tỷ lệ hài lòng của người nhà NB (46%). Lĩnh vực có tỷ lệ NB hài lòng thấp nhất là khả năng tiếp cận dịch vụ KCB (38,4%). Lĩnh vực có tỷ lệ NB hài lòng cao nhất là điều kiện cơ sở vật chất, phương tiện phục vụ NB (61,6%). **Từ khóa:** Mức độ hài lòng, người bệnh, bệnh viện

SUMMARY

SATISFACTION OF PATIENTS AND THEIR FAMILY WHO COME FOR EXAMINATION AND TREATMENT AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Background: The quality of medical services and satisfaction of the patients are interrelated. **Objectives:** Describe the satisfaction of patients and their family who come for examination and treatment at the National Lung Hospital, in 2017. **Methods:** Cross-sectional survey, quantitative research. **Results:** There is a statistically significant difference ($p < 0.05$) in the satisfaction between different patient

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Lý

Email: y13021984@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023